



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BIOMEDICINA

Eliel Messias dos Santos

**PERFIL DOS PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE: PRINCIPAIS CAUSAS
PATOLÓGICAS E SUA PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL NOS CUSTOS EM
UMA EMPRESA DE ASSISTENCIA DOMICILIAR NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado no formato artigo científico
como requisito para conclusão do
Bacharelado em Biomedicina sob
orientação do Prof. Dr. Bruno Silva
Milagres

Brasília

2017

Perfil dos pacientes de alta complexidade: principais causas patológicas e sua participação percentual nos custos em uma empresa de assistência domiciliar no distrito federal

Eliel Messias dos Santos¹
Bruno Silva Milagres²

Resumo

Este estudo apresenta dados relativos à assistência domiciliar em uma empresa do setor privado no Distrito Federal, analisando perfis de pacientes de alta complexidade, internados no período de 12 meses. Os prontuários investigados demonstram as principais patologias envolvidas, variáveis sociodemográficas e percentual de custos por patologia durante o período de internação. Fatores importantes foram levantados ao analisar estudos publicados, principalmente a relação custo-benefício para o paciente. Por fim, a importância da assistência domiciliar frente o envelhecimento populacional e o crescimento exponencial das patologias analisadas.

Palavras-chave: assistência domiciliar, home care; internação domiciliar; perfil de pacientes.

Profile of high-complexity patients: main pathological causes and its percentage participation in costs in a domestic assistance company in the federal district

Abstract

This study presents data on home care in a private sector company in the Federal District, analyzing profiles of highly complex patients hospitalized in the 12-month period. The charts investigated demonstrate the main pathologies involved, sociodemographic variables and percentage of costs per pathology during the hospitalization period. Important factors were raised when analyzing published studies, mainly the cost-benefit ratio for the patient. Finally, the importance of home care in the face of population aging and the exponential growth of the diseases analyzed.

Key-words: home care; Home hospitalization; patient profile.

¹ Graduando do Curso de Biomedicina do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

² Doutor em Biologia Celular e Molecular pela UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto, professor do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília

1. Introdução

A nomenclatura “Home Care” é de origem inglesa. A palavra “Home” significa “lar”, e a palavra “Care” traduz-se por cuidados ou assistência domiciliar. Consiste em uma modalidade de atenção à saúde favorável à concretização de novas formas de produção do cuidado e de atuação interdisciplinar, em expansão no Brasil e no mundo. Trata-se de uma alternativa à internação hospitalar, que diminui tanto a demanda por esta como sua duração e, conseqüentemente, reduz custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente (ANDRADE; SEIXAS; BRAGA, 2016).

É uma especialização na área da saúde com uma visão bem diferente da hospitalização tradicional: ao invés do paciente ir até o hospital ser tratado, os profissionais de saúde vão até sua casa tratá-lo (MENDES, 2001)

Pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e se baseia na plena interação do profissional com o paciente, sua família e o cuidador, quando este existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar (ANVISA, 2006).

A assistência domiciliar pode ser descrita como a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliar e, cada qual com seus objetivos e características. Ela é considerada um componente contínuo dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (MARELLI, 1997).

É uma área que tem crescido devido a fatores importantes como: a mudança demográfica, que aponta um envelhecimento populacional em ascensão; junto à alteração no perfil epidemiológico da população, no qual observa-se um aumento das várias doenças crônico-não transmissíveis; altos custos do sistema hospitalar; tecnologia em evolução, o que tem possibilitado maior taxa de sobrevivência das

peessoas; elevada busca por cuidados de saúde; profissionais de saúde buscando por novas especialidades na área de saúde; a exigência por maior personificação de serviços e privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde, e ainda uma necessidade e envolvimento de equipe profissional no cuidada com o paciente e sua família (DUARTE; DIOGO, 2000).

No Brasil, a regulamentação da assistência domiciliar é feita pelo Ministério da Saúde. A **Resolução nº. 11**, de 26 de janeiro de 2006, da ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Atualmente o marco de regulação da assistência domiciliar é com base na Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que, além de definir o cuidado no domicílio, regulamenta a constituição e funcionamento do sistema de assistência domiciliar. Esta mesma Portaria, estabelece as modalidades de atendimento, dividindo-as em três: baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade (BRASIL, 2016).

O serviço no domicílio, permite economia de custos hospitalares e familiares. Para a maioria das famílias, no fim da vida dos seus entes queridos, em parte, perdem renda e aumentam despesas médicas necessárias, acarretando custos significativos. Custos diretos para as famílias incluem transporte, alimentação e medicação e os custos indiretos como perda de emprego ou licença médica, estresse cultural e social do cuidador (DAVIS et al., 2015).

O paciente que necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento ou agregação de procedimento de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar, é considerado alta complexidade (BRASIL, 2016).

Mendes (2001) afirma que as maiores operadoras privadas de serviços de saúde, tem buscado oferecer a assistência domiciliar como uma alternativa. Escolhem empresas sólidas em assistência domiciliar para gerenciamento de seus pacientes. As seguradoras demonstram que o custo da assistência domiciliar é, em muitos casos, relevante e mais vantajoso do que a assistência hospitalar.

Segundo Tavori, Fernandes e Medina (2000), a assistência domiciliar permite uma redução de custos em torno de 50% quando comparado ao tratamento hospitalar, sem contar os gastos inexistentes com infecções hospitalares. Para os hospitais, com mais leitos desocupados é possível fazer uma maior rotatividade, tornando melhor sua taxa de desospitalização com maior lucratividade, ocupando-os com pacientes mais graves e instáveis.

Utilizar os serviços de “home care” ou assistência domiciliar está se tornando prática cada vez mais comum no Brasil. O tratamento domiciliar para pacientes que recebem alta do hospital, mas precisam estar sob cuidados médicos em casa, cresce de 3% a 5% ao ano em todo o País. O número de empresas que oferecem esse serviço foi de 108, em 2005, para 400, em 2013 e o faturamento do setor atualmente ultrapassa os R\$ 10 bilhões (THEODORO, 2015).

O gasto em home care apresenta uma alternativa para operadoras e para as famílias em relação ao gasto hospitalar, e segundo Tavori (2000), há redução nos valores com o uso de assistência domiciliar se comparado ao custo hospitalar, com percentual de economia mínimo de 48% dos gastos, sem contar com a satisfação do paciente e da família.

O objetivo geral deste trabalho é traçar o perfil dos pacientes classificados como alta complexidade, demonstrando as principais causas patológicas que os levaram a assistência domiciliar.

2. Metodologia

O estudo tem como característica transversal, retrospectivo, analítico, documental, realizado em prontuários eletrônicos, dos pacientes que estiveram internados no ano de 2016. Realizado em um home care, localizado em Brasília, Distrito Federal, empresa do setor privado. A empresa oferece assistência e internação domiciliar com as especialidades de enfermagem domiciliar, medicina domiciliar, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia. Os pacientes são oriundos dos diversos hospitais e operadoras de saúde e em condições de tratamento domiciliar.

O estudo foi previamente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEP-UNICEUB) em 15 de setembro de 2017 e a aprovação em 30 de outubro de 2017, sob o número CAA 77170017.3.0000.0023.

A amostragem foi delimitada a 60 (sessenta) prontuários dos pacientes de variadas faixas etária, filtrados no sistema de controle e gestão hospitalar da empresa. Foram selecionados apenas os classificados como alta complexidade, em virtude da relevância do quadro clínico nessa modalidade. A seleção dos pacientes se deu por meio da pesquisa interna em prontuários com atendimentos admitidos em 01 de janeiro de 2016 e atendimento até 31 de dezembro de 2016, identificados pelo número de atendimento, registrando todos sem exceção e lançados em planilha do programa Microsoft Excel, para distribuição e análise dos dados.

3. Resultados e discussão

Os resultados obtidos a partir da análise dos prontuários foram classificados e distribuídos a seguir. Em relação ao sexo foram identificados 36 pacientes do sexo feminino (60%) e 24 pacientes do sexo masculino (40%), conforme tabela 1.

Tabela 1: Número de pacientes por sexo

Sexo	Nº pacientes	%
Feminino	36	60%
Masculino	24	40%

Fonte: elaborada pelo autor

É importante ressaltar que número maior de mulheres pode ter explicação na expectativa de vida de cinco anos, superior no sexo feminino, em relação ao masculino. Em estudos anteriores, destaca-se que o fato de a maioria dos pacientes serem idosos pode ter relação com o aumento da expectativa de vida e com a prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária, tornando-os mais propensos à necessidade de cuidados domiciliares, principalmente pela grande dificuldade de locomoção que muitos apresentam, devido à senescência. (FABRICIO et al.,2004)

Na distribuição por idade, foi encontrada uma diversidade, sendo que os quatro maiores grupos por idade são 0 a 10 anos (13,33%), 61 a 71 anos (13,33%), de 81 a 90 (16,67%) e a predominância de 71 a 80 anos (23,33%) (tabela 2).

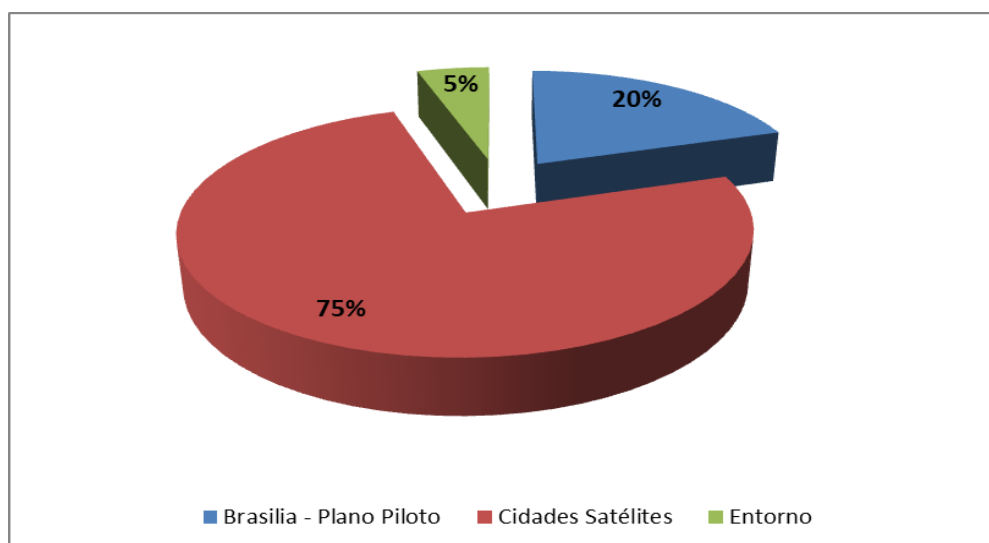
Tabela 2: Número de pacientes por idade

Faixa etária	Nº pacientes	%
0-10	8	13,33%
11-20	4	6,67%
21-30	0	0,00%
31-40	1	1,67%
41-50	5	8,33%
51-60	6	10,00%
61-70	8	13,33%
71-80	14	23,33%
81-90	10	16,67%
91-100	3	5,00%
Acima de 101	1	1,67%
Total	60	100%

Fonte: elaborada pelo autor

Observou-se também, o local de moradia dos pacientes, sendo que a grande maioria reside nas cidades satélites de Brasília (75%), seguidos de Brasília Plano Piloto (20%) e o entorno de Brasília, região de Goiás (5%) (Figura 1).

Figura 1: Local de residência dos pacientes de alta complexidade em assistência domiciliar no ano de 2016, em uma empresa de “Home Care”.



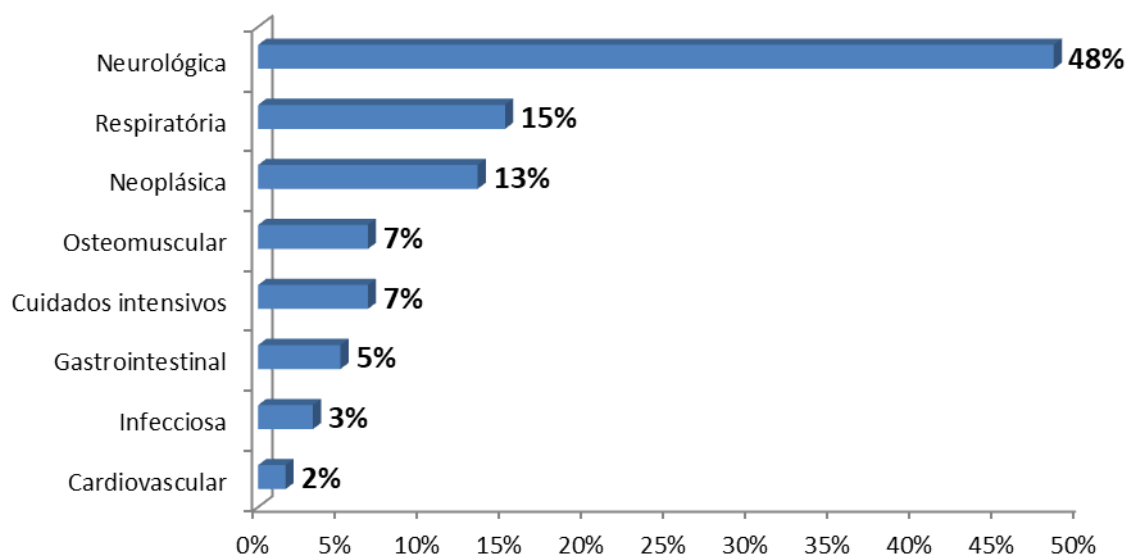
Fonte: elaborado pelo autor

A empresa pesquisada situa-se na região do Plano Piloto e a maioria de seus pacientes de alta complexidade estão nas cidades satélites, o que leva a inferência sobre o problemas de locomoção dos pacientes até os centros hospitalares da capital.

Com mais habitantes, a tendência é de sobrecarga na demanda por infraestrutura, recursos naturais, serviços públicos e qualidade de vida. A previsão para 2025 é uma a densidade demográfica de 852 habitantes por quilômetro quadrado, chegando a 5 milhões de habitantes (VASCONCELOS, 2015).

Quando estratificados os dados sobre causas patológicas, foram identificadas as causas de forma agrupada. Que 7% dos pacientes tem cuidados intensivos, com suporte de enfermagem 24 horas, não sendo uma causa, mas motivo da internação, de acordo com o prontuário. A maior prevalência foi da causa neurológica, que afetou 48% dos pacientes analisados (Figura 2).

Figura 2: Causas patológicas mais frequentes encontradas nos pacientes de alta complexidade em assistência domiciliar no ano de 2016, em uma empresa de “Home Care”.



Fonte: elaborado pelo autor

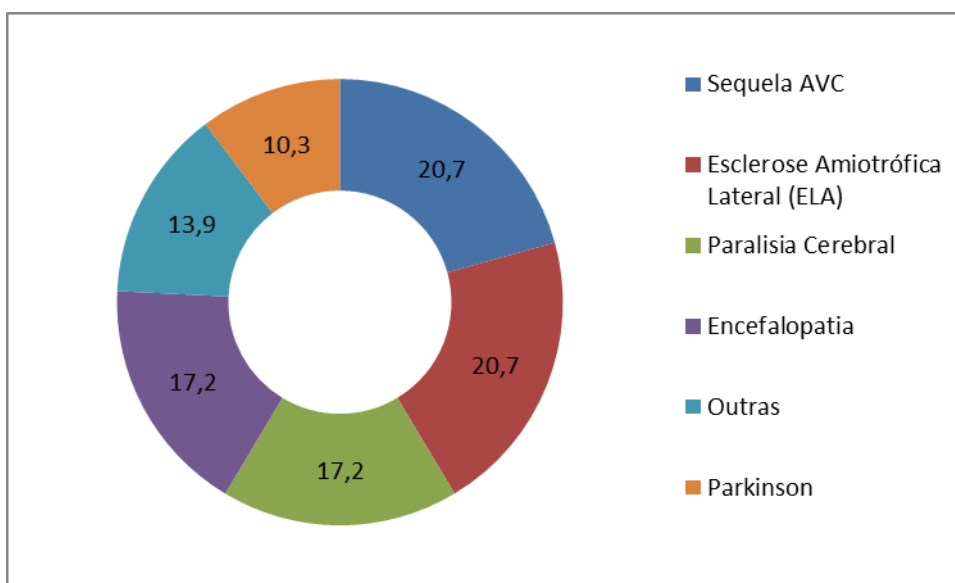
O que se nota é que problemas neurológicos como debilitam muito o paciente, geram ansiedade aos familiares e/ou cuidadores. A prevalência dessas doenças pode, mais uma vez, estar relacionada ao fato de a maioria dos pacientes

serem idosos, o que coincide com a prevalência das doenças crônicas degenerativas na terceira idade.

Segundo fundamentado por Silva et al (2006), para o envelhecimento da população, a senescência e a senilidade são fatores preponderantes, sendo que a senescência está relacionada com um deterioramento gradativo físico e mental, trata-se de um processo natural. Enquanto, a senilidade refere-se a um declínio físico acentuado, com consequência de desorganização mental, tornando-se um processo patológico.

Dentro da causa patológica neurológica, estratificou-se as patologias mais predominantes, como demonstradas na Figura 3.

Figura 3: Principais causas neurológicas encontradas nos pacientes de alta complexidade em assistência domiciliar no ano de 2016, em uma empresa de “Home Care”.



Fonte: elaborado pelo autor

Todos pacientes com causas neurológicas citadas, apresentam idade acima de 60 anos, exceto os pacientes com paralisia cerebral e encefalopatia crônica. Observou-se que a sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), tem a maior prevalência entre os pacientes.

Em relação ao AVC, a definição dada por Calil (2007), demonstra a doença como uma interrupção abrupta do fluxo sanguíneo cerebral, ocasionado pelo acometimento da vasculatura cerebral, pela alteração do fluxo sanguíneo, ou do sistema de coagulação, para uma determinada região encefálica.

O AVC pode causar muitas sequelas para os pacientes que sobrevivem, gerando até mesmo, incapacidade permanente, O AVC tem grande capacidade de gerar “déficit” no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, com impacto no dia a dia e no desempenho do indivíduo, no que diz respeito às atividades da vida diária. (REIS et al.,2016)

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbi-mortalidade em todo o mundo (GILES; ROTHWELL, 2008).

No Brasil, o AVC, ainda é considerada umas das principais causas de morte. A incidência de AVC dobra a cada década, geralmente após a idade de 55 anos, ocupando posição de destaque entre a população idosa (PEREIRA; FILHO, 2001).

Conforme estudos, Bensenor et al.(2015), há poucos dados sobre prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) no Brasil. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um inquérito epidemiológico de base domiciliar, com amostra representativa nacional avaliou a prevalência de AVC no Brasil calculou o número absoluto estimado de pessoas com AVC e incapacidade por AVC e respectivas prevalências. Estimou-se 2.231.000 pessoas com AVC e 568.000 com incapacidade grave. A prevalência pontual foi 1,6% em homens e 1,4% em mulheres, e a de incapacidade 29,5% em homens e de 21,5% em mulheres.

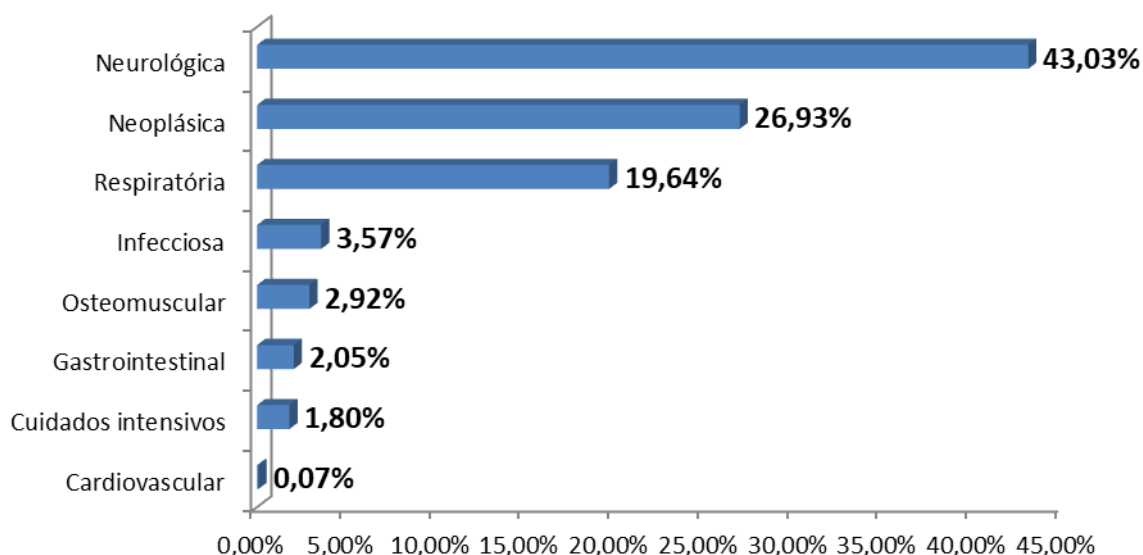
Essa prevalência da ELA, é vista em estudos anteriores, demonstrando que a idade média de acometimento inicial está em torno de 52 anos no Brasil, em discrepância com a idade média em países da Europa que se situa entre 59 à 65 anos, assim como na América do norte acima de 65 anos (PALERMO; LIMA; ALVARENGA, 2009).

A ELA atualmente é considerada uma doença neurológica de consequência fatal, tendo como característica a degeneração dos neurônios motores localizados no córtex, tronco cerebral e medula espinhal (EISEN, 2009). Segundo estudos de Amato e Russel (2008), embora a ELA seja reconhecida e caracterizada

primeiramente por alterações no sistema motor, é melhor conceituada como um distúrbio multissistêmico no qual o sistema motor é tipicamente o primeiro e o mais drasticamente afetado.

Foi observada no estudo, a participação dos gastos em percentual de acordo com cada patologia dos pacientes analisados. As causas neurológicas são predominantemente de maior participação no custo (43,03%), seguida das neoclássicas (26,93%) e respiratórias (16,64%), conforme Figura 4.

Figura 4: Participação percentual por causa patológica mais frequente, encontradas nos pacientes de alta complexidade em assistência domiciliar no ano de 2016, em uma empresa de “Home Care”.



Fonte: elaborado pelo autor

É relevante a análise de custos em saúde, pois se consegue quantificar os recursos gastos pelos sistemas de saúde. Além disso, a análise dos custos relacionados a doenças é uma etapa importante para a realização de análises econômicas completas, isto é, que comparam diferentes intervenções, a fim de apresentar as melhores opções de tratamento e escolhas (AZEVEDO; CICONELLI, 2005).

Os gastos com doenças neurológicas, segundo Tuma (2017), após analisar estudos de um grupo de pesquisadores da Universidade da Flórida, em Tampa, constatou que o custo direto e indireto das doenças neurológicas na balança

econômica norte-americana e notou dados assustadores. Contabilizaram a ameaça ao orçamento do país mais rico do mundo para mais de 800 bilhões de dólares anuais. Um agravante é que a população idosa, a mais atingida, deve dobrar até 2050. E no Brasil, espera-se o maior aumento proporcional em relação ao panorama mundial.

Destacando as causas por neoplasias no Brasil, segundo Caetano e Caetano (2005), as internações hospitalares no âmbito do SUS por neoplasias superaram um gasto anual, de quase meio bilhão de reais. Deve-se ressaltar que esses elevados valores correspondem apenas às internações no SUS e não consideram os gastos ambulatoriais e os custos indiretos, que seriam aqueles relacionados à perda de produtividade dos pacientes.

Segundo Cambricoli (2016), o gasto com oncologia tem aumentado consideravelmente, conforme demonstra dados do Ministério da Saúde do Brasil, sendo que tratamentos contra câncer cresceu 66% nos últimos cinco anos, saltando de R\$ 2,1 bilhões em 2010 para R\$ 3,5 bilhões em 2015. O montante inclui recursos para procedimentos como cirurgias oncológicas, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cuidados paliativos. Também cresceu, no período analisado, o número de pacientes com câncer atendido no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos cinco anos, o volume de doentes em tratamento na rede pública passou de 292 mil para 393 mil.

Em estudo realizado, identificou-se que as doenças respiratórias responsáveis pelos maiores valores de admissão hospitalar e óbitos foram a pneumonia, DPOC, bronquite aguda, bronquiolite aguda, asma e doenças crônicas das amígdalas e adenoide. Observou-se ainda que as alterações climáticas apresentaram relação com a AIH, taxa de mortalidade e custos com saúde (CRUZ, 2015). Oliveira (2015) relata que dados do Ministério da Saúde, apontam que em 2014, os gastos com doenças respiratórias foram R\$ 5,2 milhões.

4. Conclusão

O estudo evidenciou a que as patologias neurológicas, respiratórias e oncológicas, são prevalentes nas internações domiciliares na empresa estudada, apontando também que as mesmas representam os maiores percentuais de custos dos pacientes de alta complexidade.

Dentre as patologias neurológicas, a sequela por Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresentou incidência relevante, confirmada por estudos referenciados.

Os prontuários dos pacientes analisados demonstraram que o número de mulheres é maior que o de homens, a maioria dos pacientes estão localizados nas cidades satélites de Brasília.

Outro dado relevante é a faixa etária dos pacientes, que está concentrada acima dos 51 anos, fase inicial para o surgimento da maioria das patologias analisadas, considerando a senescência e senilidade dos indivíduos, isso reforçado estudos publicados.

A assistência domiciliar é importante por se uma opção de tratamento para os pacientes de alta complexidade, podendo apresentar economia e comodidade para as famílias, também redução do percentual de custos no tratamento das patologias para as operadoras de saúde e serviços hospitalares.

5. Referências

ANDRADE, A.M.; SILVA, K.L.; SEIXAS, C.T.; BRAGA, P.P. Nursing practice in home care: an integrative literature review. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v.1, n.70, p. 199-208, maio. 2016.

AMATO, A. A.; RUSSELL, J. A. **Neuromuscular disorders**. New York: McGraw-Hill, 2008.

GILES, M.F.; ROTHWELL, P.M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, New Zealand, v. 30, n. 4, p. 205, fev. 2008.

AZEVEDO, A.B.C.; CICONELLI R.M.; BOSI M. Estudos de custos de doenças. **Revista Brasileira Medicina**, São Paulo, v.7, n.4, p.103-5, ago.2005.

BENSENOR, I.M., et al. Prevalência de acidente vascular cerebral e de incapacidade associada no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 73, n. 9, p. 746-750, set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº. 11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html> Acesso em: 25 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> BRASIL.> Acesso em: 25 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 825**, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAETANO, R.; CAETANO, C.M.M. **Custo-efetividade no rastreamento do câncer cérvico-uterino no Brasil: um estudo exploratório**. Rio de Janeiro: INCA; 2005.

CAMBRICOLI, F. Em cinco anos, gasto com tratamento contra câncer cresceu 66%. **Estado de São Paulo**. São Paulo, sem paginação, ago 2016. Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,em-cinco-anos-gasto-com-tratamento-contra-cancer-cresceu-66,10000069529/>>. Acesso em: 25 de out. 2017.

CRUZ, D. M. et al. Internações hospitalares, óbitos, custos com doenças respiratórias e sua relação com alterações climáticas no município de São Carlos - SP, Brasil. **Revista FMRP**, São Paulo, v.49, n.3, p.248-257, ago.2015.

DAVIS, M.P.; TEMEL, J.S.; BALBONI, T.; GLARE, P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. **Annals of palliative medicine**, Hong Kong, v.4, n.3, p.99-121, jul. 2015.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

EISEN, A. Amyotrophic lateral sclerosis: a 40-year personal perspective. **Journal of Clinical Neuroscience**. Melbourne, v.16, n.4, p. 505-512, abr.2009.

FABRICIO, S.C.C., et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino - América de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 12, n. 5, p. 721-726, out 2004.

LEME, E.M. O que significa o termo home care?. **Portal Home Care**, 2015. Disponível em: <<http://portalhomecare.com.br/o-que-significa-o-termo-home-care/>>. Acesso em: 06 out. 2017.

MARELLI, T.M. **Handbook of home health orientation**. Mosby: Sant Louis; 1997.

MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

OLIVEIRA, V. Região tem 24 internações por dia por doenças respiratórias. **Diário do Grande ABC**. Santo André, sem paginação, ago 2015. Disponível em: <<http://www.dgabc.com.br/Noticia/1540974/regiao-tem-24-internacoes-por-dia-por-doencas-respiratorias/>>. Acesso em: 25 de out. 2017.

PALERMO, S.; LIMA, J.M.B.A.; REGINA P. Epidemiologia da Esclerose Lateral Amiotrófica -Europa/América do Norte/América do Sul/Ásia. Discrepâncias e similaridades. Revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Neurologia**. Rio de Janeiro, v.45, n. 2, sem paginação, abr. 2009.

PEREIRA, C.U.; FILHO, A. S. **Neurogeriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

REIS, R.D. et al. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Interface Botucatu**, Botucatu, v. 21, n.62, p.641-650, set. 2017.

SILVA, M. et al. Enfermidades do paciente idoso. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/637/63770111.pdf>>. Acesso em: 08 out 2017.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.3, n.9, p.15-18, out./dez. 2000.

TEODORO, M. Setor de home care cresce até 5% ao ano. **Diário do Grande ABC**, Santo André, sem paginação jun 2015. Disponível em: <<http://www.dgabc.com.br/Noticia/1439197/setor-de-home-care-cresce-ate-5-ao-ano>> Acesso em: 16 abr 2017.

TUMA, R. O custo das doenças neurológicas, 2017.**Carta Capital**. São Paulo, sem paginação, ago 2017. Disponível em:< [http://www.cartacapital.com.br/revista/965/o-custo-das-doencas-neurologicas />](http://www.cartacapital.com.br/revista/965/o-custo-das-doencas-neurologicas/). Acesso em: 23 de out. 2017.

VASCONCELOS, R. **Brasília entre as cidades com maior crescimento demográfico no mundo nos próximos dez anos**. 2015. Disponível em:<<https://noticias.r7.com/distrito-federal/agencia-internacional-aponta-brasilia-entre-as-cidades-com-maior-crescimento-demografico-no-mundo-nos-proximos-dez-anos-20062015>>. Acesso em: 07 dez. 2017.